Ärztlicher Fragebogen

Haus Hiesfeld

QMH

1. Vor- und Zuname
   Geburtsdatum
2. Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen?				
Treppensteigen?				
Essen?				
Waschen?				
Frisieren/Rasieren?				
Aufstehen (aus dem Bett)?				
Zu Bett gehen?				
Benutzen der Toilette?				
Ankleiden?				

3. Ist der/die Patient/in desorientiert?
   zeitlich
   örtlich
   persönlich
   alternativ
4. Treten nachts Unruhezustände auf?
5. Ist der Patient bettlägerig?
6. Liegt Inkontinenz vor?
   Stuhl
   Harn
   (wenn ja, in welcher Form?)

Stress	Drang	Reflex	Über-lauf	Extra ure-thra-le

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?
8. Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?
9. Besteht körperliche Behinderung (wenn ja, welche)?
10. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welche)?
11. Bestehen ansteckende Krankheiten gem. § 48 a BSeuchG wie z. B. TBC, HIV, MRSA Hepatitis B/C (bitte genau bezeichnen)
12. Diagnose

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Dosierung:	M	M	A	N

14. Ist Diät/Schonkost erforderlich (wenn ja, welche Art)?

15. Wie ist der Ernährungszustand?

16. Hinweise, Bemerkungen

Empfehlung der Heimbedürftigkeit wegen (bitte ankreuzen):

- ☐ Fehlen der Pflegeperson
- ☐ Fehlen der Pflegebereitschaft mögl. Pflegepers.
- ☐ Drohender oder eingetretener Überforderung vorhandener Pflegeperson
- ☐ Eigen- und Fremdgefährdung des Pflegebedürftigen
- ☐ Nicht vorhandener räumlicher Voraussetzungen für angemessene Pflege im häuslichen Bereich

Die Angaben in diesem Fragebogen beruhen auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ort

Datum